



Dissertação – Artigo de Revisão Bibliográfica
Mestrado Integrado em Medicina

AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Alexandre Gabriel Vieira Ferreira

Orientador
Prof. Dr. António Alfredo de Sá Leuschner Fernandes

Co-Orientadora
Prof.^a Doutora Liliana Correia de Castro

Porto 2017

Dissertação – Artigo de Revisão Bibliográfica
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Ano letivo 2015/2016
Mestrado Integrado em Medicina

AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE BORDERLINE

Alexandre Gabriel Vieira Ferreira

Aluno do 6.º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina, Número de aluno: 200601805,
Endereço eletrónico: alex.gvf@gmail.com; Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
(ICBAS) – Universidade do Porto, Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira n.º 228, 4050-313 Porto

Orientador
Prof. Dr. António Alfredo de Sá Leuschner Fernandes

Co-Orientadora
Prof.ª Doutora Liliana Correia de Castro

Porto 2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. António Alfredo de Sá Leuschner Fernandes e à minha co-orientadora Prof.^a Doutora Liliana Correia de Castro, pela orientação e apoio prestados ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Um agradecimento especial à minha namorada pelo apoio e paciência.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de diagnóstico, segundo o DSM-5, para a perturbação de personalidade <i>borderline</i>	9
Quadro 2 – Características propostas para uma abordagem generalista dos doentes com perturbação de personalidade <i>borderline</i>	15

ABREVIATURAS

PP – Perturbação da Personalidade

PPB – Perturbação da Personalidade *Borderline*

DSM-5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition*

ICD-10 - *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Tenth Revision*

RESUMO

Introdução: As perturbações da personalidade caracterizam-se por um conjunto de experiências internas e comportamentos que se desviam marcadamente das expectativas da cultura do indivíduo e que conduzem a sentimentos de angústia e a limitações no funcionamento psicossocial do indivíduo. Apresentam uma alta prevalência na população geral e estão associados a um elevado impacto na qualidade de vida dos doentes afetados. A perturbação de personalidade *borderline* representa uma destas perturbações da personalidade, caracterizando-se por instabilidade emocional, dificuldades no relacionamento interpessoal e problemas de identidade, levando a elevados custos tanto sociais como pessoais.

Objetivos: Procura-se, através de uma revisão bibliográfica, realçar a importância das perturbações de personalidade e dos problemas inerentes à classificação destes, tendo como base o DSM-5 e artigos científicos relevantes. Também se propõe caracterizar, especificamente, a perturbação de personalidade *borderline* em relação à sua apresentação clínica, diagnóstico, história natural e tratamento.

Desenvolvimento: As perturbações da personalidade no DSM-5 apresentam dois modelos de classificação, o categórico – modelo oficial – e o híbrido categórico/dimensional. O modelo híbrido apareceu como resposta às limitações apresentadas pelo modelo categórico, contudo ainda se encontra em fase de estudo, sendo por isso necessária mais investigação.

A perturbação de personalidade *borderline*, é uma perturbação comum de etiologia complexa e apresentação clínica variada. Esta perturbação multifatorial apresenta limitações a nível de diagnóstico associado aos problemas do modelo categórico do DSM-5. O tratamento apresenta fracos resultados com farmacoterapia, mas demonstra-se mais eficaz com a psicoterapia. Contudo a psicoterapia é menos acessível em larga escala para a sociedade, devido aos seus elevados custos.

Conclusões: As perturbações de personalidade, nomeadamente a perturbação de personalidade *borderline* são patologias de extrema importância dado a sua prevalência, custos associados e impacto na qualidade de vida. As perturbações da personalidade apresentam-se assim como uma área complexa e de grande interesse científico, sendo fundamental a realização de investigações futuras de modo a progredir no tratamento destas patologias.

Palavras-chave: Perturbação de personalidade; Classificação; Cluster B; Borderline;

ABSTRACT

Introduction: Personality disorders are defined by a set of internal experiences and behaviors that sharply deviate from the expectations from the individual specific culture leading to functional limitations and feelings of distress. Personality disorders show high prevalence in the general population and have a high impact in the quality of life of these patients. The borderline personality disorder represents one kind of personality disorder, and is defined by emotional instability, difficulties in interpersonal relationships and identity problems, leading to high social and personal costs.

Objectives: This article aims to review the importance of personality disorders and to evaluate its classification difficulties through the analysis of the DSM-5 and relevant scientific articles. Other objective is to describe the borderline personality disorder in relation to its clinical presentation, diagnosis, natural course and treatment.

Development: Personality disorders in the DSM-5 are presented in two different classification models: the categoric – official- model and the hybrid categorical-dimensional model. The hybrid model was created in response to the limitations presented by the categorical model, however this new model is still in study, so more research is needed.

Borderline personality disorder is a common and etiological complex disorder with a varied clinical presentation. This multifactorial disorder presents itself with limitations in diagnosis associated to the problems of the DSM-5 categorical model. The treatment has poor results with pharmacotherapy, but it is more effective with psychotherapy. However, psychotherapy is currently less affordable for society because of its high costs.

Conclusions: Personality disorders and borderline personality disorder are pathologies of extreme importance given their prevalence, associated costs and impact in quality of life. It is thus presented as a complex area of great scientific interest and it is fundamental to carry out future research in order to progress in the treatment of these pathologies.

Keywords: Personality disorder; Classification, Cluster B; Borderline

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. MÉTODOS	2
3. IMPORTÂNCIA DAS PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE.....	3
4. CLASSIFICAÇÃO DAS PP	4
4.1 Modelos: categórico e híbrido.....	4
4.2 Comparação entre os dois métodos	5
4.2.1 As limitações do sistema categórico	5
4.2.2 Modelo híbrido (categórico/dimensional).....	6
4.3 <i>Cluster B</i>	6
4.3.1 Perturbação de personalidade <i>borderline</i>	7
4.3.1.1 Critérios de diagnóstico.....	9
4.3.1.2 Etiologia	10
4.3.1.3 Curso normal da doença	10
4.3.1.4 Comorbilidades associadas	11
4.3.1.5 Tratamento	11
5. CONCLUSÃO	16
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

1. INTRODUÇÃO

Personalidade define-se como um conjunto de diferentes características individuais que apresentam formas específicas de pensar, sentir e agir. (E.Kazdin, 2000)

Uma perturbação de personalidade (PP) pode ser definida como um conjunto experiências internas e comportamentos que se desviam marcadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é inflexível, apresenta o seu início na adolescência ou no jovem adulto, é estável no tempo e conduz a sentimentos de angústia e limitações no funcionamento psicossocial. (American Psychiatric Association, 2013) Estas perturbações levam os doentes a apresentarem dificuldades nas relações interpessoais e vários níveis de disfunção social. (Tyrer, et al., 2015)

A classificação e a organização das PP tem-se revelado um desafio importante para a comunidade científica. Com o lançamento do DSM-5 foram apresentados dois modelos distintos para a classificação e diagnóstico das PP, apresentando um modelo híbrido (categórico e dimensional), visando dar resposta às críticas ao modelo categórico clássico. (Esbec & Echeburúa, 2015) (Morey, et al., 2016)

A perturbação de personalidade *borderline* (PPB) é uma perturbação mental associada com uma disfunção emocional, comportamental e interpessoal. A prevalência desta doença é de cerca de 2% na população em geral e representa a PP mais representada em ambiente clínico. Esta perturbação está associada a níveis de comorbilidade elevados e apresenta um impacto importante na qualidade de vida dos doentes. (Trull, et al., 2011) (Leichsenring, et al., 2011)

As PP devido à sua frequência, impacto na qualidade de vida dos doentes e na sociedade, assim como pela complexidade do seu diagnóstico e tratamento continuam a ser alvo de estudo e avaliação. (Tyrer, et al., 2015)

Esta revisão bibliográfica procura realçar a importância das PP e da sua classificação, bem como se propõe a caracterizar a PPB em relação à sua apresentação clínica, diagnóstico, história natural e tratamento.

2. MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa inicial através das bases de dados online: PubMed/MEDLINE, com restrição a artigos publicados entre 2000 e 2017. Foram selecionados os artigos em português, espanhol ou inglês, com exclusão de quaisquer artigos noutra língua. Foram eliminadas as referências redundantes e foram selecionados os artigos considerados relevantes para o tema através da análise dos títulos e resumos. Os restantes artigos foram estudados integralmente e utilizados nesta revisão bibliográfica.

Na pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave: 'Personality Disorders', 'Cluster B', 'Classification' 'Borderline'. Outros artigos foram adicionados utilizando a opção "Related articles". Artigos considerados relevantes anteriores ao período de tempo analisado foram incluídos quando considerados oportunos.

A pesquisa incluiu também a consulta do DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition*).

A pesquisa bibliográfica terminou em 29/04/2017.

3. IMPORTÂNCIA DAS PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE

Do ponto de vista epidemiológico as PP apresentam uma prevalência considerável na população europeia, sendo ligeiramente mais representada pelo sexo masculino em todos os *clusters*. (Coid, et al., 2006) Na população dos EUA estima-se que a prevalência de PP seja, aproximadamente, de 10% da população geral adulta. Outras populações, como a psiquiátrica, apresentam uma prevalência muito superior. (Lenzenweger, et al., 2007) (Zimmerman, et al., 2005) (Fazel & Danesh, 2002) Os prisioneiros representam o grupo com maior risco de apresentar PP, uma vez que mais de metade da população prisional apresenta uma PP, sendo que a mais comum é a anti-social. (Fazel & Danesh, 2002)

A população com PP apresenta uma menor qualidade de vida e limitações no seu funcionamento quotidiano, especialmente quando associado a condições socioeconómicas desfavoráveis e comorbilidades. Os parâmetros da qualidade de vida mais afetados são as capacidades de manter contacto com amigos e a de autorrealização. Verifica-se que quantos mais critérios de diagnóstico os doentes apresentarem menor será a sua qualidade de vida. (Cramer, et al., 2006)

A representação de cada *cluster* específico nas PP é variável consoante os estudos e a amostragem. De um modo geral, os *clusters* A e C são mais prevalentes na população geral e o *cluster* B nas populações clínicas. Uma explicação para esta situação prende-se com o facto dos doentes do *cluster* B tenderem a manifestar uma sintomatologia mais expressiva (tentativas de suicídio, automutilação e agressão) que leva a que estes, ou pessoas próximas, procurem ajuda especializada. Em contraste, os outros *clusters* apresentam uma maior relutância em procurar ajuda, ficando sub-representados nas populações clínicas em relação à sua importância na população geral. (Lenzenweger, et al., 2007) O *cluster* B é muito mais prevalente em idades mais jovens e é o que mais beneficia de tratamento e acompanhamento médico. (Coid, et al., 2006)

É mais comum os doentes com PP estarem desempregados e em situações económicas mais precárias, comparativamente à população em geral e apresentarem uma maior taxa de divórcio ou separação. (Coid, et al., 2006)

4. CLASSIFICAÇÃO DAS PP

A classificação das PP apresenta-se como um assunto complexo que tem gerado discussão na comunidade científica. Atualmente, a classificação das perturbações de personalidade em psiquiatria baseia-se em dois principais manuais classificativos: o ICD-10 e o DSM-5. O sistema revisto mais recentemente é o DSM-5, sendo este sistema de classificação abordado durante a revisão.

4.1 Modelos: categórico e híbrido

O DSM-5 apresenta duas abordagens distintas para a classificação das PP. O modelo clássico, que segue as linhas dos DSM-III e DSM-IV, está na secção 2 ('Critérios de Diagnóstico e Códigos') e é o modelo oficial de classificação. O segundo método, o híbrido, encontra-se na secção 3 ('Modelos e Medidas Emergentes') e apresenta um modelo alternativo para a conceptualização e diagnóstico das PP. (Morey, et al., 2016)

A secção II do DSM-5 define dez perturbações de personalidade específicas diferentes e categoriza-as em 3 *clusters*. O *cluster* A é caracterizado por indivíduos que, normalmente, se apresentam como estranhos ou excêntricos, sendo constituído pelas perturbações paranóide, esquizóide e esquizotípico. No *cluster* B os indivíduos apresentam-se como dramáticos, emocionais ou erráticos, sendo constituído pelas perturbações antissocial, *borderline*, histriónico e narcísico. No *cluster* C, normalmente, apresentam-se com características ansiosas ou evitantes, sendo constituído pelas perturbações do tipo dependente, evitante e obsessivo-compulsivo. Esta classificação utiliza um modelo categórico, sendo necessário para a inclusão numa perturbação específica a presença de, pelo menos, metade mais um dos critérios de diagnóstico da perturbação específica. (American Psychiatric Association, 2013) (Esbec & Echeburúa, 2015)

Atualmente na secção III está proposto um modelo híbrido (categórico-dimensional) de abordagem às perturbações de personalidade, que tem como objetivo ser, no futuro, utilizado tanto para a prática clínica como em investigação. (American Psychiatric Association, 2013)

Este modelo assenta em vários critérios:

- Limitações ao funcionamento da personalidade (critério A) – nos domínios do *self* (identidade e auto-direção) e do relacionamento interpessoal (empatia e intimidade);

- Traços de personalidade patológicos (critério B) – presentes dentro de cinco grandes domínios (afetividade negativa, distanciamento, antagonismo, desinibição e psicoticismo), que englobam vinte e cinco facetas da personalidade específicas;
- As limitações ao funcionamento e os traços de personalidade patológicos apresentam-se distribuídos numa ampla gama de contextos sociais e pessoais (critério C);
- Apresentam-se estáveis ao longo do tempo (critério D).
- Não podem ser atribuídos a outra causa que explique os sintomas (critérios E, F e G).

O modelo da secção III permite também a identificação de uma das seis perturbações específicas previstas neste modelo (antissocial, evitante, *borderline*, narcísica, obsessivo-compulsivo-compulsivo e esquizotípica). Para a identificação poder ser realizada são necessários parâmetros específicos dos critérios A e B, assim como satisfazer os critérios C, D, E, F e G. (American Psychiatric Association, 2013) (Anderson, et al., 2014)

4.2 Comparação entre os dois métodos

4.2.1 As limitações do sistema categórico

Os sistemas categóricos têm sido amplamente usados e estudados por serem simples de aplicar, facilitando a comunicação, enquadrando-se nos modelos médicos das doenças e estabelecendo fronteiras relativamente claras, sobre o que representa um funcionamento normal ou não. Estes sistemas apresentam-se especialmente úteis no sistema de segurança social, para a tomada de decisão na distribuição de recursos. (Sarkar & Duggan, 2010)

Contudo, os modelos categóricos, como no DSM-5, têm sido amplamente criticados pela comunidade científica por apresentarem limitações, nomeadamente: elevada sobreposição de várias PP no mesmo doente; grande variedade no perfil dos doentes com a mesma PP; presença de perturbações que não se encaixam em nenhum transtorno específico acabando por ser classificados como uma PP não especificada. Estas limitações levam à heterogeneidade do perfil do doente dentro do mesmo diagnóstico, causando problemas na decisão sobre quais as melhores áreas de intervenção nestes doentes e à baixa relevância dos diagnósticos para o tratamento. (Echeburúa, et al., 2014) (Esbec & Echeburúa, 2015)

Outra crítica importante prende-se com o facto dos sintomas das PP se apresentarem distribuídas de uma forma contínua na população, tornando os limites patológicos das PP como algo arbitrário, que não reflete a natureza desta patologia. (Sarkar & Duggan, 2010)

4.2.2 Modelo híbrido (categórico/dimensional)

Em resposta às críticas, o sistema da secção III (modelo híbrido) do DSM-5 tem-se apresentado como uma possível solução para alguns destes problemas. Este sistema pretende fornecer uma avaliação contínua com a normalidade em relação aos traços de personalidade, assim como avaliar qual o grau de intensidade do impacto destes na vida pessoal e interpessoal do doente. Ao mesmo tempo preserva algumas das vantagens do sistema clássico categórico, mantendo alguns diagnósticos específicos enquadrados neste modelo híbrido. (Esbec & Echeburúa, 2015)

Esta abordagem dimensional dos traços da personalidade apresenta várias vantagens, permitindo uma graduação entre as fronteiras da doença e da normalidade sendo mais próxima da complexidade clínica dos doentes, levando a uma avaliação mais profunda das características específicas de cada indivíduo. (Morey, et al., 2016)

Contudo esta abordagem dimensional apresenta também algumas limitações, apresentando-se complexa para o seu uso quotidiano e requerendo elevados níveis de conhecimento e habilidade clínica para identificar a vasta gama de traços de personalidade patológicos, uma vez que a maioria estará dentro do limiar da normalidade. Para se fazer uma avaliação de uma perturbação de personalidade poderá ser também mais demorado, visto que é necessário avaliar os vários traços de personalidade individualmente. (Sarkar & Duggan, 2010)

Atualmente o sistema de classificação da secção III do DSM-5 tem sido alvo de vários estudos, com o objetivo de verificar a validade deste novo sistema. Tem-se verificado que os traços de personalidade patológicos da secção III mostram associação importante com os conceitos tradicionais da secção II do DSM-5. Estes resultados podem permitir, no futuro, uma continuidade com os métodos clássicos de diagnóstico. É de realçar que este sistema tem também um objetivo de se afastar dos conceitos tradicionais de PP e redefinir o conceito de PP. (Morey, et al., 2016) (Anderson, et al., 2014)

4.3 Cluster B

O *cluster* B das PP é caracterizado por doentes que se apresentam como erráticos ou emocionais, demonstrando muitas vezes impulsividade ou instabilidade. É constituído por 4 perturbações específicas: antissocial, *borderline*, histriónico e narcísico, sendo que foram alvo de estudos com maior frequência as perturbações *borderline* e antissocial. (American Psychiatric Association, 2013)

Estas perturbações normalmente apresentam um início precoce, durante a adolescência, estimando-se que cerca de 50% dos doentes manifestem sintomas antes dos 15 anos de idade, mantendo-se estável durante a idade adulta. (Widiger TA, 2009) Este início precoce aumenta o

risco de se desenvolver outra perturbação mental, apresentando-se assim benéfico o acompanhamento destes doentes o mais cedo possível. (Cohen, et al., 2005) (Fonseca-Pedrero, et al., 2012)

As PP do *cluster* B apresentam um impacto alto em custos sociais, devido à elevada procura de ajuda, tanto dos cuidados de saúde (psiquiátricos ou não) como dos serviços sociais, sendo que a perturbação *borderline* destaca-se como uma dos mais importantes contribuintes para este aumento. Os custos associados às perturbações do *cluster* B apresentam-se superiores aos de outras perturbações, como por exemplo a depressão. A qualidade de vida destes doentes também se encontra severamente afetada, verificando-se que o impacto da doença seja equivalente a uma doença somática severa. (Soeteman, et al., 2008) (Soeteman, et al., 2010)

4.3.1 Perturbação de personalidade *borderline*

Segundo o DSM-5 a PPB caracteriza-se por *“um padrão generalizado de instabilidade de relações interpessoais, auto-imagem, afetos e por uma marcada impulsividade que começa na idade adulta jovem e está presente numa variedade de contextos”*. (American Psychiatric Association, 2013)

Uma característica comum da PPB é a má adaptação comportamental à separação ou abandono, apresentando sentimentos intensos de medo e raiva em reação a uma possível separação, mesmo que durante um curto espaço de tempo. Estes indivíduos apresentam-se muito sensíveis ao abandono e fazem grande esforço para o evitar, expressando raiva inapropriada, acusações injustas ou comportamentos impulsivos autodestrutivos, como o uso de substâncias de abuso, automutilação ou a tentativa de suicídio. Os relacionamentos tendem a ser instáveis, intensos e turbulentos, sendo comum estes doentes apresentarem mudanças da visão que têm dos outros, súbitas e intensas, podendo alternar entre a idealização e a desvalorização. Normalmente estas mudanças acontecem devido a uma desilusão em relação ao outro, ou devido a um possível fim de uma relação importante para o doente *borderline*. (Skodol, et al., 2002) (Oldham, et al., 2010)

Frequentemente os indivíduos com PPB apresentam problemas de identidade, manifestando uma instável autoimagem que se revela persistente e marcada. Os valores, desejos, objetivos vocacionais e o tipo de amigos podem mudar de uma forma rápida e dramática. A impulsividade é uma particularidade muito característica da PPB, especialmente, em áreas que possam causar dano ao próprio, como condução irresponsável, participação frequente em jogos de azar, abuso de substâncias ou até mesmo a automutilação e o suicídio. Estas atitudes são, normalmente, precipitadas por um sentimento de separação ou abandono. (Skodol, et al., 2002) (Oldham, et al., 2010)

A instabilidade afetiva mostra-se, geralmente, pela grande reatividade do humor através de sentimentos de disforia intensa, irritabilidade ou ansiedade que tem uma duração normal de poucas horas. Estes sentimentos tem como causa, normalmente, problemas de origem interpessoal. É frequente existirem sentimentos crónicos de vazio, muitos indivíduos apresentam sentimentos de raiva inapropriada e apresentam dificuldades em controlar este sentimento, levando muitas vezes à sua manifestação através de lutas físicas ou insultos verbais, sendo que após estas situações os sentimentos de raiva são frequentemente substituídos por culpa. Em períodos de extremo *stress* estes indivíduos podem manifestar ideação paranóide ou sintomas dissociativos. (Oldham, et al., 2010)

Teoriza-se que a perturbação de personalidade tenha como base uma desregulação afetiva, que pode ser dividida em quatro componentes: sensibilidade emocional; afetividade negativa; estratégias de regulação emocionais inadequadas; estratégias de regulação mal adaptativas. A sensibilidade emocional representa uma maior reatividade aos estímulos ambientais e aos sentimentos dos outros. A afetividade negativa indica uma perceção dos sentimentos como negativos que, em conjunto com a sensibilidade emocional aumentada, pode levar a mudanças bruscas de humor devido a eventos aparentemente inócuos. As estratégias de regulação emocional inadequadas representam a deficiente gestão destes sentimentos negativos de uma forma regular e bem-sucedida, isto acontece porque o doente com PPB apresenta uma menor consciência dos seus sentimentos e uma menor perceção do seu estado emocional. Por fim, as estratégias de regulação mal adaptativas representam a escolha de comportamentos mal adaptativos que normalmente são demonstrados pelos sintomas impulsivos. Esta escolha acontece devido à intensa afetividade negativa, uma vez que os comportamentos mal adaptativos têm efeito mais imediato e são de mais fácil aplicação quando comparados a comportamentos adaptativos. (Carpenter & Trull, 2013)

A PPB é uma perturbação comum que se encontra associada a elevadas taxas de suicídio, défices funcionais, altos níveis de comorbilidade e grandes custos para a sociedade. (Leichsenring, et al., 2011)

Estima-se que a prevalência na população geral dos EUA desta perturbação seja aproximadamente 1.35%, não mostrando diferença estatisticamente significativa entre o sexo masculino e feminino. A PPB segue a tendência de todo o *cluster* B, encontrando-se desproporcionalmente representada nas populações clínicas psiquiátricas, tanto em ambulatório como nas hospitalizadas. (Zimmerman, et al., 2005)

Do ponto de vista sociodemográfico as taxas aumentadas de PPB são mais prevalentes em divorciados e na população com baixos rendimentos e educação. (Torgersen S, 2001) (Grant, et al., 2008)

A PPB parece apresentar uma relação inversa com a idade, mostrando um declínio contínuo, tornando-se especialmente acentuada após os 44 anos de idade. Verifica-se que uma grande percentagem dos doentes (cerca de 80%) entra em remissão com um *follow-up* a 10 anos. Esta situação torna a PPB a menos estável de todas as PP. (Grant, et al., 2008)

4.3.1.1 Critérios de diagnóstico

Segundo o modelo oficial do DSM-5 (Quadro 1), para se estabelecer um diagnóstico de PPB são necessários, pelo menos, 5 dos 9 critérios de diagnóstico.

Quadro 1 – Critérios de diagnóstico, segundo o DSM-5, para a perturbação de personalidade *borderline*

Critérios de diagnóstico para a perturbação de personalidade *borderline*

Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizados pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em, pelo menos, duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substâncias, condução irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
5. Recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou comportamentos de automutilação.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crónicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, lutas físicas recorrentes).
9. Ideação paranóide transitória associada a stresse ou sintomas dissociativos intensos.

A tendência suicida, a auto-agressão e relacionamentos instáveis, mostraram-se como os sintomas mais úteis para se realizar um diagnóstico correto e identificar corretamente esta PP.

Devido às várias combinações possíveis de critérios de diagnóstico para PPB este diagnóstico apresenta-se muito heterogéneo, podendo incluir vários subtipos de doentes. (Oldham, 2006)

4.3.1.2 Etiologia

A etiologia da PPB é complexa. Os doentes apresentam muitos eventos negativos durante a infância, como negligência (92%), abuso sexual (40-70%) e vítimas de violência física (27,8%), em comparação com as outras PP. Contudo nenhum destes antecedentes se apresenta necessário ou suficiente para o desenvolvimento de PPB. (Amad, et al., 2014) (Fossati A, 1999;) Apesar da fraca associação entre abusos específicos durante a infância e a PPB, a elevada prevalência destes parece indicar um aumento do risco de se desenvolver PPB devido a um ambiente geral de caos e negligência por parte dos pais. (Zanarini, et al., 1997)

Diversos fatores genéticos parecem desempenhar um papel importante na etiopatogenia da PPB, embora ainda nenhum gene em concreto tenha sido claramente associado à perturbação. Uma vulnerabilidade genética já foi encontrada em doentes com PPB, e têm sido realizados estudos sobre a possível interação entre fatores genéticos e psicossociais. (Amad, et al., 2014)

4.3.1.3 Curso normal da doença

O curso natural das PPB é bastante variável de indivíduo para indivíduo, contudo, como as outras PP, a PPB tem um início na adolescência ou no jovem adulto, que se caracteriza por uma instabilidade crónica com episódios de descontrolo afetivo e de impulsos, acabando por utilizar grandes quantidades de recursos de saúde. (American Psychiatric Association, 2013)

A PPB apresenta um padrão de remissão de uma grande parte dos sintomas com o envelhecimento, comparativamente a outras PP. Em estudos de *follow-up* a curto e longo prazo verificou-se que a remissão é maior quanto maior for o tempo de evolução da doença. (Sanislow, et al., 2009) (Zanarini, et al., 2007)

A velocidade de remissão dos sintomas não é igual. Sintomas relacionados com a dependência de substâncias de abuso, tentativas de suicídio manipulativas, automutilação, problemas de identidade e de relacionamento interpessoal, apresentam uma velocidade de remissão relativamente rápida, enquanto que outros sintomas como sentimentos de vazio, sentimentos de raiva, paranoia não delirante e intolerância à solidão apresentam-se mais estáveis. Os sintomas agudos ligados à impulsividade (automutilação) e a gestão de relacionamentos (necessidade de tratamento especial) são os primeiros a desaparecer, enquanto que os sintomas relacionados com o temperamento, como a disforia crónica e sintomas de dependência, permanecem mais estáveis. Conceptualiza-se que os sintomas agudos representam a componente ativa da doença, enquanto que os sintomas temperamentais mostram mais passividade. (Zanarini, et al., 2007)

Através desta evolução da sintomatologia, verifica-se que ao longo dos anos os subgrupos de doentes *borderline* apresentem uma tendência a convergir e a apresentarem sintomatologia mais semelhante. (Sanislow, et al., 2009)

4.3.1.4 Comorbilidades associadas

Os doentes com PPB apresentam elevadas taxas de comorbilidade com outras patologias psiquiátricas (aproximadamente 85%). (Leichsenring, et al., 2011) As perturbações do humor, de ansiedade, os relacionados com o abuso de substâncias e ainda outras perturbações de personalidade são as patologias mais associadas aos doentes *borderline*. Verifica-se que os doentes que apresentam remissão da PPB apresentam também elevadas taxas de remissão das outras comorbilidades, enquanto que os doentes sem remissão apresentam taxas de comorbilidade semelhantes ao longo do tempo. Por exemplo, doentes com perturbações do humor e PPB que entrem em remissão da PPB verificam uma taxa de remissão concomitante da perturbação do humor entre 70% e 98%, enquanto que a prevalência das perturbações do humor se mantém estáveis nos que não entraram em remissão. (Zanarini, et al., 2004)

A PPB está associada a défices funcionais severos e a um risco de suicídio muito elevado. Estima-se que cerca de 60% dos doentes com PPB apresentem alguma tentativa de suicídio e que cerca de 8% apresentem morte por suicídio. Esta situação é agravada pela presença frequente de uma perturbação depressiva concomitante. (Skodol, et al., 2005) (Oldham, 2006)

4.3.1.5 Tratamento

O tratamento das PPB tem como base duas abordagens, a psicoterapia e a farmacoterapia. Em primeira linha a psicoterapia representa a base do tratamento, sendo que a farmacoterapia se apresenta como um adjuvante em situações de descompensação aguda e no tratamento das comorbilidades. (Oldham, et al., 2010)

4.3.1.5.1 Farmacoterapia

Atualmente a evidência científica sobre a eficácia da terapia farmacológica da PPB é reduzida, revelando que nenhum tratamento farmacológico influencia, significativamente, a severidade da PPB. (Lieb, et al., 2010)

Segundo as *guidelines* da American Psychiatric Association a farmacoterapia revela-se como um auxiliar importante no tratamento de sintomas específicos. (John F. Clarkin, 2007) As *guidelines* do UK NICE, por sua vez, desaconselham o uso de farmacoterapia, exceto em situações de crise indicando que a duração máxima deste tratamento deve ser inferior a uma semana. A *Australia*

National Health and Medical Research Council também não recomenda o uso de farmacoterapia como primeira linha, devido à ausência de evidência científica que esta altere o curso normal da doença. (Bateman, et al., 2015)

Atualmente, contudo, apesar destas recomendações os doentes com PPB apresentam uma elevada percentagem de farmacoterapia e polimedicação. (Bridlera, et al., 2015) Os ensaios clínicos realizados têm apresentado alguns resultados positivos sobre o tratamento farmacológico dos doentes com PPB. (Lieb, et al., 2010)

A evidência sobre a eficácia dos inibidores seletivos da recaptção da seretonina na PPB é reduzida, existindo atualmente poucos estudos que comparem estes medicamentos com placebo, assim sendo estes medicamentos deveriam ser apenas utilizados para o tratamento de comorbilidades. Outros antidepressivos também não mostram eficácia no tratamento da PPB. (Stoffers & Lieb, 2015)

A utilização de antipsicóticos, especialmente os de segunda geração, tem-se apresentado benéfica em ensaios clínicos randomizados, com melhorias significativas a nível da desregulação afetiva e comportamentos impulsivos. O haloperidol teve como principal efeito a redução da raiva. O aripripazol apresentou efeitos significativos na redução de problemas interpessoais, impulsividade, raiva, depressão e ansiedade e outras patologias psiquiátricas. A olanzapina apresentou efeitos na redução de problemas interpessoais, impulsividade, raiva, depressão e ansiedade e outras patologias psiquiátricas enquanto que a ziprazidona não mostrou efeitos significativos na PPB. (Stoffers, et al., 2010) (Lieb, et al., 2010) (Bateman, et al., 2015)

Os estabilizadores de humor apresentam efeitos sobre os sintomas impulsivos e na desregulação afetiva. O valproato semisódico tem efeitos significativos na redução de problemas interpessoais e na depressão. A lamotrigina apresenta efeitos importantes na redução da impulsividade e raiva. O topiramato apresentou efeitos positivos nos problemas interpessoais, impulsividade, raiva, ansiedade e patologia psiquiátrica geral, enquanto que a Carbamazepina não mostrou efeitos significativos na PPB (Lieb, et al., 2010) (Stoffers & Lieb, 2015)

Contudo, estes estudos apresentam limitações devido a alguns resultados contraditórios, problemas de amostragem, tempo de intervenção e períodos observacionais, não podendo então ser facilmente traduzidos para a prática clínica diária. (Stoffers, et al., 2010) (Lieb, et al., 2010) (Bateman, et al., 2015)

A medicação nos doentes com PPB é muito prevalente apesar da reduzida evidência científica que a justifique. Esta situação levanta um problema potencial, de que vários doentes apresentem um risco de efeitos secundários superior aos possíveis benefícios. Torna-se então necessário realizar mais estudos nesta área para se conseguir definir, definitivamente, qual o papel da farmacoterapia no doente com PPB. (Leichsenring, et al., 2011) (Zanarini, et al., 2004)

4.3.1.5.2 Psicoterapia

Existe atualmente uma ampla variedade de psicoterapias disponíveis para o tratamento dos doentes com PPB. A psicoterapia mais comumente utilizada é a dialética, contudo outras psicoterapias mostraram-se com igual eficácia, nomeadamente a terapia dos esquemas, a psicoterapia baseada na transferência e o tratamento baseado em mentalização. Todos estes tratamentos conduzem a uma diminuição da psicopatologia da PPB, sendo normalmente mais eficazes na redução dos aspetos relacionados com a automutilação e suicídio. Com a existência de várias psicoterapias disponíveis, com semelhante eficácia, permite ao terapeuta poder selecionar qual o método que melhor se adequa a si e ao doente. (Zanarini, 2009)

A terapia dialética foi desenvolvida por Marsha Linehan e foi criada com o intuito de tratar a PPB, dando especial importância à redução de comportamentos parasuicidas crónicos. Este método tem como base a combinação de estratégias de tratamento das psicoterapias comportamental, cognitiva e de suporte, consistindo na aceitação e validação das capacidades e do funcionamento da pessoa, em associação a uma mudança comportamental através de estratégias cognitivas e comportamentais. Esta terapia consiste na realização de sessões individuais semanais, sessões de grupo semanais, possibilidade de contacto telefónico com o terapeuta entre sessões e reuniões com a equipa terapêutica. (Marques, et al., 2017) (Linehan, et al., 1991)

A terapia dos esquemas foi proposta por Jeffrey Young e consiste no estabelecimento de uma relação de empatia, com abordagem dos problemas emocionais e de relação do doente, procurando identificar e alterar os esquemas precoces maladaptativos, tendo como base alguns princípios da teoria da aprendizagem, da psicologia do desenvolvimento e de uma variedade de terapias experienciais. Os esquemas são construções psicológicas que incluem crenças que se têm sobre o próprio, os outros e o mundo, sendo resultado da forma como as necessidades básicas em criança foram geridas. São constituídos por memórias, sensações, emoções e cognições que se desenvolvem durante a infância e são elaborados durante a vida da pessoa, podendo ser imprecisos, disfuncionais e limitantes mas são fortemente mantidos, não sendo normalmente conscientes. A terapia dos esquemas para alterar os esquemas maladaptativos apoia-se em várias técnicas experienciais e de trabalho cognitivo, assentando numa relação terapêutica forte. (Farrell, et al., 2009) (Marques, et al., 2017)

O tratamento baseado em mentalização é um tratamento durante um tempo limitado que estrutura a sua intervenção na promoção do desenvolvimento da mentalização. A mentalização consiste no processo pelo qual fazemos sentido entre os outros e nós próprios. Nos doentes com PPB a capacidade de mentalização é frágil, pelo que se apresentam mais vulneráveis à interação

social e interpessoal, representando um dos principais problemas desta patologia. Esta terapia tem como foco a necessidade de estabilizar os problemas de identidade, promover a mentalização no contexto da psicoterapia e ajudar o indivíduo a melhorar a sua interação com os outros. (Bateman & Fonagy, 2013) (Bateman & Fonagy, 2010)

A psicoterapia baseada na transferência é uma terapia psicodinâmica, modificada para o tratamento da PPB, baseada na conceptualização de Kernberg. O foco principal desta psicoterapia são os temas que surjam no momento da relação terapêutica. Durante o período inicial da terapia o objetivo principal consiste na contenção dos comportamentos parasuicidas, e na identificação e recapitulação dos padrões de relacionamento quando estes são experienciados na relação terapêutica. Esta terapia utiliza técnicas de clarificação, confrontação e interpretação da transferência, sendo que a interpretação é vista como o caminho principal para a integração destas perceções e representações alteradas. (Levy, et al., 2006) (Zanarini, 2009)

Apesar da relativa eficácia da psicoterapia o principal obstáculo à sua implementação generalizada relaciona-se com o facto de serem intensivas, de longa duração e necessitarem de treino especializado, o que implica custos elevados para os sistemas de saúde e necessidade de especialização e de elevado investimento por parte dos profissionais de saúde. Torna-se então importante criar um método de tratamento mais económico e menos intensivo. (Zanarini, 2009)

A existência de resultados comparáveis entre as várias psicoterapias, embora apresentem várias linhas de pensamento diferente, levou à suspeita da existência de um núcleo central de características comuns que seriam a base para o sucesso terapêutico (Quadro 2). Investigação recente comparou a eficácia de alguns destes tratamentos com uma abordagem generalista, não especializada, que obedecesse a estes critérios. Estes estudos têm-se apresentado animadores, mostrando resultados muito semelhantes aos do tratamento especializado, o que pode levar a uma possível abordagem da psicoterapia mais enquadrada à realidade socioeconómica. (Bateman, et al., 2015) (McMain, et al., 2012) (Bateman & Krawitz, 2013) (Gunderson & Links, 2014)

Quadro 2 – Características propostas para uma abordagem generalista dos doentes com perturbação de personalidade *borderline*

Características propostas para uma abordagem generalista dos doentes com perturbação de personalidade <i>borderline</i>
<ul style="list-style-type: none">• Os terapeutas deverão ter experiência prévia com a perturbação de personalidade <i>borderline</i>.• Suporte (p. ex. encorajamento, orientação e educação).• Foco na gestão das situações quotidianas (não nas interações intra-terapia).• Não intensiva (p. ex. uma vez por semana, com sessões adicionais se necessário).• São expectáveis interrupções (sessões regulares são opcionais).• São integradas intervenções psicofarmacológicas; intervenções de grupo ou familiares são encorajadas quando necessário.

O tratamento da psicoterapia é normalmente mais eficaz nos sintomas agudos do que nos sintomas temperamentais. Esta situação mostra a ainda limitada eficácia da psicoterapia, sendo possível que no futuro se torne necessário uma revisão dos métodos para se obter uma maior eficácia no tratamento dos sintomas temperamentais. (Zanarini, 2009)

5. CONCLUSÃO

As PP são um problema mundial e muito prevalente na população geral, assumindo grande relevância em relação a custos sociais e económicos. Existem algumas deficiências e controvérsias na classificação destas perturbações que se prendem, principalmente, com a complexidade destas patologias e as dificuldades na validação e utilização de modelos dimensionais.

A multiplicidade de apresentações das várias PP representa outra dificuldade que é o diagnóstico, sendo frequente os doentes apresentarem critérios para mais que uma PP. Os modelos categóricos, como o DSM-5, apresentam vários problemas, visto que existe sobreposição de diagnósticos das várias perturbações, os perfis dos doentes são muito variados o que conduz a heterogeneidade dentro do mesmo diagnóstico e por vezes há perfis de doentes que não se encaixam em nenhum das PP. Esta situação causa dificuldade na decisão sobre qual o tipo de intervenção e tratamento a dar a cada doente. Como resposta a estes problemas foi criado um novo modelo híbrido do DSM-5, contudo ainda se encontra em fase de estudo. Atualmente tem-se verificado uma validade interna entre os dois modelos, levantando à possibilidade da incorporação deste novo modelo na prática clínica no futuro.

Entre as várias PP, a PPB apresenta-se comum e de uma gravidade importante estando associada à necessidade de altos níveis de cuidados psiquiátricos e sociais, assim como a deficiências a nível psicossocial e risco elevado de suicídio. A etiologia tem, provavelmente, origem multifatorial com a experiência de eventos adversos durante a infância associados a uma suscetibilidade genética a representarem os principais fatores precipitantes da PPB. O tratamento centra-se, principalmente, na psicoterapia devido à falta de outras opções, dada a eficácia limitada da farmacoterapia. O método psicoterapêutico apresenta-se dispendioso e moroso, contudo a abordagem generalista tem-se vindo a mostrar uma possibilidade de tratamento com eficácia aproximada. A PPB apresenta um curso natural mais instável que as outras perturbações da personalidade apresentando elevadas taxas de remissão a longo prazo.

As PP são, portanto, patologias de extrema importância dado a sua prevalência, custos associados e impacto na qualidade de vida dos doentes, apresentando-se ainda como uma área complexa que beneficiará de futuras investigações científicas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amad, A. et al., 2014. Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, pp. 40: 6-19.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, J. et al., 2014. A comparison of the DSM-5 Section II and Section III personality disorder structures. *Elsevier*, pp. 363-372.
- Bateman, A. & Fonagy, P., 2010. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, Volume 9, pp. 11-15.
- Bateman, A. & Fonagy, P., 2013. Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, Volume 33, p. 595–613.
- Bateman, A. & Krawitz, R., 2013. *Borderline personality disorder: an evidence-based guide for generalist mental health professionals..* Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., Gunderson, J. & Mulder, R., 2015. Treatment of personality disorder. *Lancet*, p. 385: 735–43.
- Bridlera, R. et al., 2015. Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology*, pp. 25, 763–772.
- Carpenter, R. W. & Trull, T. J., 2013. Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Curr Psychiatry Rep.*, p. 15(1): 335.
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G. & Kasen, S., 2005. The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, pp. 19: 466-486.
- Coid, J., Yang, M. & Tyler, P., 2006. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, pp. 188, 423-431.
- Cramer, V., Torgersen, S. & Kringlen, E., 2006. Personality disorders and quality of life. A population study. *Elsevier*, p. 47:178 – 184.
- E.Kazdin, A., 2000. *Encyclopedia of Psychology*. s.l.:American Psychological Association.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. & Cruz-Sáez, M., 2014. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, pp. 65-74.
- Esbec, E. & Echeburúa, E., 2015. The hybrid model for the classification of personality disorders in DSM-5: a critical analysis. *Actas Esp Psiquiatr* 2015, pp. 43(5):177-86.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A. & Webber, M. A., 2009. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.*, Volume 40, p. 317–328.
- Fazel, S. & Danesh, J., 2002. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *THE LANCET*, p. 359: 545–50.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M. & Lemos-Giráldez, S., 2012. Cluster B maladaptive personality traits in Spanish adolescents. *Elsevier*, pp. 6(3): 129-138.

- Fossati A, M. F. M. C., 1999;. Borderline Personality Disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders*, p. 13: 268–80.
- Grant, B. F., Chou, S. P. & Goldstein, R. B., 2008. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, p. 69(4): 533–545.
- Gunderson, J. G. & Links, P. L., 2014. *Handbook of good psychiatric management (GPM) for borderline patients*.. Washington DC: American Psychiatric Press.
- John F. Clarkin, K. N. L. M. F. L. O. F. K., 2007. Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, pp. 164: 922-928.
- Leichsenring, F. et al., 2011. Borderline personality disorder. *Lancet*, p. 377: 74–84.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. & Kessler, R. C., 2007. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, p. 62(6): 553–564.
- Levy, K. N. et al., 2006. Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Volume 74, p. 1027–1040.
- Lieb, K. et al., 2010. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *The British Journal of Psychiatry*, pp. 196 (1) 4-12.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A. & Allmon, D., 1991. Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Arch Gen Psychiatry*, Volume 48, pp. 1060-1064.
- Marques, S., Barrocas, D. & Rijo, D., 2017. Intervenções Psicológicas na Perturbação Borderline da Personalidade: Uma Revisão das Terapias de Base Cognitivo-Comportamental. *Acta Med Port*, pp. 30(4):307-319.
- McMain, S. F. et al., 2012. Dialectical Behavior Therapy Compared With General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder: Clinical Outcomes and Functioning Over a 2-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, p. 169:650–661.
- Morey, L. C., Benson, K. T. & Skodol, A. E., 2016. Relating DSM-5 section III personality traits to section II personality disorder diagnoses. *Psychological Medicine*, pp. 46, 647–655.
- Oldham, J., 2006. Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, p. 163: 20–26.
- Oldham, J. M. et al., 2010. *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*. s.l.:American Psychiatric Publishing.
- Sanislow, C. A. et al., 2009. Ten-year stability and latent structure of the DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, p. 118: 507–519.
- Sarkar, J. & Duggan, C., 2010. Diagnosis and classification of personality disorder: difficulties, their resolution and implications for practice. *Advances in psychiatric treatment*, pp. 16, 388–396.
- Skodol, A. E. et al., 2002. The Borderline Diagnosis I: Psychopathology, Comorbidity, and Personality Structure. *Society of Biological Psychiatry*, p. 51:936 –950.

- Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S. & Shea, M. T., 2005. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive–compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, p. 35(3): 443–451.
- Soeteman, D. I., Roijen, L. H.-v., Verheul, R. & Busschbach, J. J. V., 2008. The economic burden of personality disorders in mental health care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, pp. 69(2):259-65.
- Soeteman, D. I. et al., 2010. Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster B personality disorders. *The British Journal of Psychiatry*, pp. 196, 396–403.
- Stoffers, J. M. & Lieb, K., 2015. Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder—Current Evidence and Recent Trends. *Curr Psychiatry Rep*, Volume 17, p. 534.
- Stoffers, J. et al., 2010. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.*
- Torgersen S, K. E. C. V., 2001. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, pp. 58(6):590-596.
- Trull, T. J., Distel, M. A. & Carpenter, R. W., 2011. DSM-5 Borderline Personality Disorder: At the Border Between a Dimensional and a Categorical View. *Current Psychiatry Reports*, p. 13:43–49.
- Tyrer, P., Reed, G. M. & Crawford, M. J., 2015. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*, p. 385: 717–26.
- Widiger TA, D. C. B. D. F. F., 2009. Childhood antecedents of personality disorder: an alternative perspective. *Development and psychopathology*, pp. 21(3):771-91.
- Zanarini, M. C., 2009. Psychotherapy of Borderline Personality Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Zanarini, M. C. et al., 2004. Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. *American Journal of Psychiatry*, p. 161:2108–2114.
- Zanarini, M. C. et al., 2007. The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, p. 164:929–935.
- Zanarini, M. C. et al., 1997. Reported Pathological Childhood Experiences Associated With the Development of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, p. 154:8.
- Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I., 2005. The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, p. 162:1911–1918.